

## ACUERDO DE MATRICULACIÓN DE GEO

**NOMBRE DE ESCUELA:**

Su estudiante esta invitado para particiapar en el Program de GEO después de clases en los temas apuntados.

\_\_\_ Lectura \_\_\_ Matemática \_\_\_ Ciencia \_\_\_ Aprendizaje del Inglés \_\_\_ Recreación GEO

Llene la forma de matriculación y regrésela a la oficina de la escuela. Todos las clases son sin ningún costo. Recuerde, que es requerido que los estudiantes asisten en todos las clases en que se han matriculado.

Nombre del niño: (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	Sexo	Edad	Fecha de Nacimiento	Grado	Maestro
	Masculino o Femenino o				
<b>Dirección</b>	<b>Ciudad, Estado, Código Postal</b>		<b>Área telefónica con numero telefónico</b>		
USO DE OFICINA:					
SAS STUDENT ID			SCHOOL STUDENT ID		

Nombre completo de todos los hermanos	Sexo	Edad	Fecha de Nacimiento	Grado	Maestro
	M o F o				
	M o F o				
	M o F o				

### AL FINAL DEL PROGRAMA, MI HIJO/A SERA TRASLADADO POR:

AUTOMOVIL     
  CAMINA     
  AUTOBUS     
  OTRO (Explique) \_\_\_\_\_

Madre o Tutor Nombre _____  Dirección de Casa: _____  Tel. de Casa(____) _____ - _____ Numero de Celular(____) _____ - _____  Empleador: _____ Tel. de Oficina (____) _____ - _____  Dirección del Empleador: _____  Firma _____	Padre o Tutor: Name: _____  Dirección de Casa: _____  Tel. de Casa(____) _____ - _____ Numero de Celular (____) _____ - _____  Empleador: _____ Tel. de Oficina (____) _____ - _____  Dirección del Empleador: _____  Firma _____
---	--

Si se necesita Atención Médica, llamar a:

**DOCTOR:** Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**HOSPITAL:** Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

En caso de lesión o enfermedad repentina, se llamará primero a \_\_\_\_\_.  
 Por medio del presente otorgo autoridad a cualquier hospital o doctor para proporcionar ayuda inmediata según se necesite en el momento para su salud y seguridad. Yo entiendo y acepto que yo seré responsable por los gastos de este servicio.

**Padre o Tutor** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha de inscripción:** \_\_\_\_\_

~~~~~Por favor llene ambos lados~~~~~

Por medio del presente autorizo a los siguientes ADULTOS a recoger a mi niño del Programa GEO. (Mencione por lo menos tres (3) adultos. NO INCLUYA A NINGUNO DE LOS PADRE(S)/TUTORE(S) MENCIONADOS EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTA FORMA)

|                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| Nombre:            | Nombre::           |
| Parentesco:        | Parentesco:        |
| Dirección:         | Dirección:         |
| Teléfono: (    ) - | Teléfono: (    ) - |
| Nombre:            | Nombre:            |
| Parentesco:        | Parentesco:        |
| Dirección:         | Dirección:         |
| Teléfono: (    ) - | Teléfono: (    ) - |

EN CASO DE EMERGENCIA O SI YO O CUALQUIERA DE LOS ADULTOS ANTERIORES, NO PUEDEN SER CONTACTADOS, EL PROGRAMA GEO LLAMARA AL 911 Y YO SERE RESPONSABLE DE CUALQUIER CARGO EN EL QUE SE INCURRA.

INFORMACIÓN MEDICA - OBLIGATORIAMENTE se llenen todos los renglones. Si una declaración / pregunta no se aplica en su caso, por favor escriba N/A.

¿Es su niño alérgico a algún alimento o alguna sustancia? (Si es así, mencione los alimentos o sustancias que se deben evitar y el procedimiento que se debe seguir en caso de que ocurra una reacción.)

¿ Por lo general es el niño susceptible a infecciones y si es así, que precauciones se deben tomar?

¿ Existe alguna condición física de la que debe tener conocimiento y que precauciones se deben tomar (problemas del corazón, problemas de los pies, deficiencias auditivas, hernias, etc.)?

Comentarios adicionales

Otras instrucciones especiales

Entiendo que el programa es para educación y no es guardería de niños. También entiendo que el programa estará supervisado durante días y horarios específico al transcurso del año escolar y esta dirigido como un programa opcional. Tengo entendido que violaciones están escritas en las reglas del programa y pueden resultar en suspensión o expulsión del programa.

La información anterior para inscripción y emergencias fue proporcionada por:

Padre o tutor Firma \_\_\_\_\_

Fecha de inscripción \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

~~~~~Por favor llene ambos lados~~~~~